ASPORTAZIONE

DI

ESTESA PORZIONE DI RETTO INTESTINO

PER NEOPLASIA FIBROSA

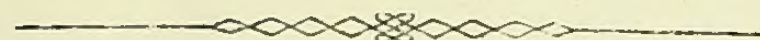
eseguita felicemente

con metodo misto cruento e termo-caustico

MEMORIA

DEL

PROF. COMM. F. RIZZOLI



BOLOGNA
Tipi Gamberini e Parmeggiani
1877

Estratta dalla Serie III. Tomo VIII. delle Memorie dell' Accademia delle Scienze
dell' Istituto di Bologna, e letto nella Sessione 8 Novembre 1877.

La prima volta che vidi eseguire l'asportazione di un tratto di retto intestino canceroso ne rimasi veramente sconfortato. Simile operazione non era peranco stata tentata in Italia, e vi si sottopose dal Professore Baroni nello Spedale Provinciale e Ricovero un uomo avanzato negli anni in cui il cancro occupava i contorni dell'ano e si internava alquanto nel retto intestino. (1) Quantunque l'operazione fosse maestrevolmente compiuta, non evitossi però una grave emorragia immediata, alla quale si pose bensì un freno con allacciature appropriate, ma queste non furono bastevoli ad arrestare stabilmente lo sgorgo del sangue, giacchè da altri vasi recisi più reconditi ed al momento non sanguinanti, in causa di essersi retratti, si riafacciò l'emorragia, e tale da non poterla soffermare, per cui quel povero uomo in breve ora vittima ne rimase.

Scorsi che furono parecchi anni e dopo la mia nomina a Medico Chirurgo Primario in quello stesso Spedale venne nel medesimo accolta Paola Corticelli d'anni 52 affetta essa pure da cancro al retto inte-

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1840 pag. 330.

stino. Fino dalla sua prima giovinezza fu soggetta ad ingorghi ed a flussi emorroidari che eransi resi più gravi col cessare delle mestruazioni. Ai medesimi si aggiunse un senso di ardore e di peso quasi continuo lungo la regione interna del sacro, una più o meno ostinata stitichezza e finalmente un gemitio dal podice di umore sottile e fetido per lo più icoroso, e talora sanguigno. Per questi mali non fece uso che di purgativi e di clisteri amollienti che per nulla giovaronle, anzi crebbe in tal modo la stitichezza da costringere a propinarle i più forti drastici, nel qual modo le feccie, che fra le angoscie e i più fieri dolori venivano emesse, assumevano la forma di sottili cilindri. Peggiorando ognor più stette essa tredici intere giornate senza potere evacuare l' alvo di sorta alcuna, per cui insorsero fenomeni enterici assai gravi, superati i quali, la donna si decise d' entrare nello Spedale collo intendimento di assoggettarsi a qualsiasi mezzo che si potesse credere capace di liberarla da un male sì grave.

Sottoposta da me a conveniente esame potei conoscere che oltre alcune piccole durezze cancerose esistenti ai contorni dell'ano, il canceroso prodotto estendevasi in alto ed occupava in tutta la loro spessezza e circonferenza le pareti del retto intestino per oltre sei centimetri, rimanendo superiormente limitato il male da un cercine assai duro entro il quale a mala pena poteasi insinuare la punta del dito esploratore. Invano tentato avendo varii mezzi affine di lenire le sofferenze della malata e di mantenere alla meglio pervio l'intestino, ed invece le fungosità cancerose vieppiù sviluppandosi, si ridusse ella in sì compassionevole stato da vedermi trascinato a ricorrere all'asportazione del canceroso intestino, ad una operazione cioè, che mentre richiamava alla mia mente un risultato ben doloroso, mi rincuorava per altro ad effettuarla il pensiero che dopo quel triste avvenimento, anche in Italia colla medesima eransi ottenuti alcuni felici risultati.

Si fu per questo che nel giorno 12 Settembre 1839 attenendomi ai precetti di Lisfranc l'operazione venne nel modo seguente da me compiuta.

Collocata la donna su di un letto e fattala giacere sul fianco sinistro colle coscie flesse sul ventre, un Assistente avendo divaricate le natiche in corrispondenza dell'ano acciocchè questa apertura meglio apparisse, munito avendo la mia mano di un bistorino panciuto feci a destra ed a sinistra a poca distanza dal margine anale una incisione semilunare. Queste due incisioni riunite insieme tanto anteriormente

che posteriormente, in un colla cute compresero il sottostante tessuto cellulare, porzione della circonferenza dello esterno sfintere, non che le piccole produzioni cancerose che trovavansi al margine anale. Dopo ciò collo stesso coltello staccai circolarmente la porzione inferiore del retto intestino e fattala afferrare con delle pinzette uncinate venne così tratta fuori in modo da poterla più in alto col dito isolare e snucleare dalle parti adiacenti. In corrispondenza però della vagina le unioni essendo più intime e forti fui costretto giovarmi del bistorino. Reso per tal modo libero esso intestino dai suoi attacchi coll'aiuto dell'indice introdotto al di là del rammentato anello, in corrispondenza cioè dei confini del male, lo tirai anche maggiormente in basso e colla scorta di quel medesimo dito mediante forbici lunghe e curve sul piatto lo recisi allo intorno, usando ogni cautela acciocchè il taglio cadesse in tutti i punti sul sano. Poche furono le diramazioni arteriose che in questa operazione rimasero recise, e man mano venivano troncate se ne fece la legatura o la torsione. Si avverta però che l'emorragia venosa si mostrò grave per cui dovetti introdurre un grosso stuello di fila entro il reciso intestino affine di chiuderne l'apertura ed avere agio così di tamponare con sicurezza la cavità sanguinante che risultò dalla eseguita operazione e porre per tal modo stabile freno alla perdita sanguigna.

Per la presenza di quel forte tampone convenne di poi ricorrere al cateterismo affine di evacuare le urine, ma tolto che fu dopo alcuni giorni, le urine vennero emesse spontaneamente, la superficie della ferita non molto tardò ad assumere buoni caratteri, quantunque medicata nella maniera più semplice, e le alvine evacuazioni effettuaronsi senza sofferimenti. Giunti però alla trentesima giornata dall' eseguita operazione la donna fu presa da flebite all'arto inferiore destro che poi invase anche il sinistro e che nondimeno potè con facilità essere vinta. Alla sessantesima giornata dall'operazione, il tratto superiore del retto intestino erasi di molto abbassato, e quel moncone col suo margine interno sentivasi circolarmente riunito al tessuto di granulazione. Da quel punto in basso la porzione mancante d'interna parete d'intestino fu sostituita da un canale membranoso formato da tessuto cicatrizio. Acciocchè poi la guarigione si conservasse perfetta si consigliò all'operata di introdurre nel retto delle appropriate candele di cera, ma questa prescrizione essendo stata per un certo tempo omessa, il lume del nuovo formatosi canale diminuì in modo da rendere dif-

ficile assai le alvine evacuazioni, al quale inconveniente si provvide sottoponendo nuovamente quel canale alla dilatazione graduata mercè le stesse candele di cera, che dopo un tempo non breve vennero affatto abbandonate essendosi le medesime rese superflue (1).

In altre tre donne affette da cancroide pure al retto intestino eseguii poscia questa medesima operazione, e se nella prima di esse potei evitare grave emorragia, nella seconda invece, quantunque venissero introdotti grossi stuelli di fila nel superstite moncone di retto intestino ed alquanto in alto, il sangue riescì a trapellare nel canale intestinale in copia rilevantissima, ed obbligommi ad applicare un assai forte tampone per giungere a frenare la copiosa perdita di sangue. Nella terza operata poi mentre isolavo circolarmente il canceroso intestino l'abbondante emorragia che manifestossi pel troncamento di molti vasi sanguigni mi costrinse ad applicare parecchie legature per arrestarla. Anzi isolato che ebbi il lungo tratto di intestino canceroso fino al punto ove trovavasi sano, essendomi accorto che ivi diramazioni arteriose di non piccolo calibro con energia pulsavano, mi posi in guardia, e prima di reciderlo del tutto compresi separatamente in quel punto le due metà della circonferenza dello stesso intestino con istrette legature, e con ciò troncato che l'ebbi al di sotto di esse non ebbe più luogo spandimento alcuno di sangue. (2)

Queste cose ho qui riferite perchè si sappia, che sebbene io abbia ottenuta la guarigione delle mie operate, ed in ciò sia stato più fortunato che nol fosse il Lisfranc, la sorte però non mi arrise egualmente nell'atto istesso in cui eseguii l' operazione, giacchè diversamente di quanto a lui avenne, se in tre delle mie donne non avessi avuto ricorso a potenti mezzi di emostasi, non avrei evitate emorragie molto temibili, e forse per ciò non le avrei tutte salvate. Emorragie queste contro le quali ebbero pure a lottare in varii altri casi abilissimi operatori, che del pari furono temute dal Pinault, e che produssero rapidamente la morte in un operato del Velpeau in causa di essersi pure il sangue versato in gran copia nel superiore tratto di intestino (3). Morte e sventure che altri espertissimi operatori ebbero altresì a deplora-

---

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1840 pag. 330.

(2) Collezione delle mie Memorie. Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1853.

(3) Vidal. Trattato di Patologia esterna Vol. 2. pag. 1273. Livorno 1850

re anche incidendo soltanto profonde o molteplici fistole all' ano, recidendo tumori emorroidari od asportando estese porzioni di retto intestino prolassate (1), sebbene a tal fine fosse adoperato anche lo schiacciatore di Chassegnac.

È poi facile il comprendere che i pericoli di emorragia nella asportazione del retto intestino ponno rendersi assai gravi, operando alla Lisfranc, quando specialmente il cancro si estende molto in alto, giacchè in simili casi essendo necessario isolare esso intestino ai contorni del margine anale e risalire così fino al di là dei limiti del male, di necessità il campo dell' operazione rimane in gran parte nascosto e non potendo quindi essere dominato liberamente dalla vista e dal tatto, può riescire perciò difficile od anche impossibile lo scuoprire quei vasi più reconditi, che talune volte recisi che siano si prestano a dare sangue in molta abbondanza. Per lo stesso motivo potranno altresì sfuggire all' operatore alcune minime porzioncelle di tessuto morboso rimaste isolate in causa di non essere state comprese nelle praticate incisioni, mentre poi potrassi pure incorrere nel rischio di ledere l' uretra, o la falda peritoneale che in alto anteriormente l'intestino riveste se, come qualche volta osservasi, invece molto in basso discenda.

Preso che sia tutto ciò nella dovuta considerazione rendesi dunque evidente l' utilità di indagare un operatorio processo che permetta di aprirsi un' ampia strada, la quale conduca a dominare con libertà ed a porre allo scoperto e per bene il morboso intestino in grande estensione, anzi per tutto quel tratto che può essere permesso nei casi più gravi di togliere, e sia acconcia in pari tempo ad impedire la pericolosa lesione delle adiacenti parti, ed a favorire invece la pronta e sicura applicazione dei mezzi emostatici.

Già un caso patologico assai rilevante da me osservato e pubblicato fino dall'anno 1850 mi avea fatto conoscere quanto facile potea riescire il dominare il retto intestino molto in alto aprendosi una via ai lati del coccige e nella regione al medesimo sottostante sino all'anale apertura, (2) ma per meglio apprezzare i vantaggi che si poteano

(1) Sogliano. Nuovo processo operatorio pel cronico e irreducibile prolasso dell' intestino retto. Resoconto delle Adunanze e dei lavori della Reale Accademia Medico-Chirurgica di Napoli 1877.

(2) Alludo ad un giovane nel quale per fistole e guasti del retto intestino e per operazioni praticate affine di rimediarvi, era derivata tale distruzione di esso intestino e delle parti molli da cui posteriormente era rivestito da originare

ritrarre in ispecial modo nella estirpazione di lungo tratto di esso intestino, conveniva ricorrere allo studio di quelle parti con cui l'intestino istesso ha stretti rapporti anatomici e ciò non omisi di fare, ed ecco in modo conciso quanto a tale riguardo credo dovere ricordare.

Il Blandin il Cruveilhier il Denonvilliers il Richet ed il Pitzorno comprendono nel perineo i molli tessuti che servono a chiudere tutta l'apertura inferiore della piccola pelvi, ossia lo stretto inferiore, per cui al pari di questo esso perineo ha una figura romboidale i cui quattro angoli sono rappresentati posteriormente e superiormente dal coccige, in avanti e del pari in alto dall'angolo del pube, a destra ed a sinistra dalle tuberosità degli Ischi, i suoi margini posteriori corrispondono ai legamenti sacro-ischiatici, gli anteriori alle branche ascendenti degli ischi ed alle discendenti dei pubi. La superficie esterna convessa del perineo è ricoperta dalla cute, ed osservando questa regione a coscie fortemente piegate sul ventre, vedesi come divisa da un solco fortemente incurvato colla sua convessità inferiore, il quale solco dipartendosi non molto profondo dal coccige ognor più si infossa accostandosi all'apertura anale per tornare poi a rendersi più superficiale nel rimontare che fa verso il pube.

A maggiore chiarezza noi pure, come i citati autori, divideremo il perineo in anteriore e in posteriore, separando l'uno dall'altro mediante una li-

---

un'ampia squarciatura la quale non solo si estendeva in basso dal coccige all'apertura anale in modo da comprendervela, ma fiancheggiava altresì da ambo i lati il coccige istesso e l'inferiore porzione del sacro. I bordi di questa grande cavità trovavansi allontanati in modo da lasciare sfuggire involontariamente le feccie, da permettere di scorgere la superstite porzione di retto intestino e di poterla all'occorrenza debitamente dominare entro la escavazione pelviana. Siccome poi in questo caso finora unico, rimaneva tuttavia superstite l'anteriore porzione dello sfintere dell'ano e un tratto delle sue porzioni laterali, sperai di potere riparare alla deficienza di esso intestino con una operazione autoplastica, ed anco di riescire così a formare una regolare apertura anale che valesse ad evitare l'incontinenza delle feccie. Approfittando quindi della facilità con cui, come dissi, entro quel cavo poteasi dominare la superstite porzione di intestino e le adiacenti parti contenute nella escavazione pelviana con una operazione del tutto nuova da me eseguita, cui diedi il nome di Glutoproctorafia, ottenni infatti di chiudere quell'ampia apertura stabilmente in modo da non restare superstite che un foro avente le dimensioni di un ano normale, il quale poi sebbene siano ora scorsi 27 anni dall'eseguita operazione serve a trattenere benissimo gli escrementi ed i gas intestinali e ad emetterli all'occorrenza colla desiderabile facilità. (Rendiconto dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1850 Memoria della stessa Accademia 1852 e Collezione delle mie Memorie.)

nea che supporremo tirata trasversalmente da una tuberosità ischiatica all'altra ed al davanti dell'ano, nel qual modo ne risultano due triangoli le cui basi reciprocamente si corrispondono. Per bene osservare il triangolo anteriore conviene fare flettere e divaricare le coscie, ed allora se ne vede tesa la cute, per cui sparisce del tutto il solco longitudinale accennato, ed in quella direzione si presenta invece in essa cute il rafe. Il tessuto cellulare sottocutaneo in questa regione è diviso in due strati, il più superficiale areolare, il più profondo lamellare e quivi si distribuisce l'arteria perineale superficiale. Al di sotto di questo strato trovasi l'aponeurosi perineale inferiore la quale riveste lo strato muscolare inferiore di esso perineo formato in ambo i lati dal bulbo cavernoso, dall'ischio cavernoso e dal trasverso. L'aponeurosi perineale poi in corrispondenza della linea bis-ischiatica si ripiega dietro i muscoli trasversi in alto per unirsi all'aponeurosi media del perineo.

Al disotto dei muscoli bulbo-cavernosi si rinviene il bulbo dell'uretra che aumenta di volume col progredire dell'età e trovasi quindi molto sviluppato nei vecchi e spesso poco distante dalla regione anteriore dell'ano Tolti i muscoli ischio-cavernosi scuopronsi allora le radici dei corpi cavernosi, superiormente alle quali radici ai muscoli trasversi ed alla porzione bulbosa dell'uretra trovasi l'aponeurosi media di figura triangolare, che è costituita di due strati i quali contengono l'arteria pudenda comune e molte vene, essi strati sono forniti di fibre tendinose e muscolari. Alla base di questa aponeurosi, come si disse, va ad inserirsi il bordo posteriore dell'aponeurosi superficiale mentre poi nel centro ha un' apertura che serve a dare passaggio all'uretra. La parte media e superiore di essa aponeurosi si ripiega in alto per formare l'aponeurosi prostato-peritoneale.

L'aponeurosi media adunque in un coll'aponeurosi inferiore e le branche ischio-pubiche occupano quello spazio triangolare che contiene oltre i muscoli dello strato inferiore del perineo anteriore, (e il muscolo ischio-bulboso quando esiste), anche le radici dei corpi cavernosi l'arteria bulbosa e la porzione bulbosa dell'uretra. Questo spaziò triangolare è denominato loggia perineale inferiore.

La porzione membranosa dell'uretra giace nel centro della loggia perineale superiore e si continua col tratto di uretra che è abbracciato dalla prostata. Nella loggia perineale superiore poi oltrechè contengonsi lateralmente porzioni dei muscoli elevatori dell'ano ed il plesso del Santorini, trovasi lo strato muscolare profondo del perineo stesso che

è costituito dal muscolo trasverso profondo, dal muscolo circolare dell' uretra che Sautesson propose di chiamare sfintere uretrale e da uno strato composto di fasci connettivi e di numerosissime fibre muscolari liscie senza immediati rapporti coll' uretra, attraverso il quale passano le vene reduci dei corpi cavernosi (1).

Finalmente più in alto è da notarsi l' aponeurosi perineale superiore o fascia pelvica, il tessuto cellulare sotto-peritoneale ed il peritoneo che forma una falda rivestiente in gran parte la faccia posteriore della vescica e l' anteriore più alta porzione nel retto intestino, falda che in qualche caso in modo assai notevole discende.

Ora della regione perineale posteriore, sulla quale richiamai la mia particolare attenzione come quella che attesa la sua topografia anatomica, a preferenza dell' anteriore potea dar luogo alla formazione di una sicura e larga via che concedere potesse di dominare liberamente il retto intestino. Essa regione, come dissi, è divisa dal perineo anteriore dalla linea bis-ischiattica. Posto che sia un uomo in un fianco colle coscie distese non osservasi che quel profondo solco costituito dai margini inferiori dei muscoli grandi glutei ricoperti dai tegumenti solco che, come pur dissi, si continua con quello del perineo anteriore. Fatte poi flettere le coscie e scostare le natiche, allora appare il triangolo che costituisce il perineo posteriore coll' apice in alto corrispondente al coccige la base in avanti, verso la quale trovasi l'apertura anale più o meno depressa. Essa apertura avendo nel suo contorno la cute molto sottile lascia trasparire le esterne varici emorroidali, qualora ve ne siano, e fa mostra delle pieghe cutanee disposte a guisa di raggi che le son proprie, finendo poi per internarsi e congiungersi colla membrana mucosa dell' intestino.

E mentre di tessuto cellulo-adiposo è priva la cute che attornia l' anale apertura, esso invece abbonda nelle fosse ischio-rettali che ne rimangon riempite e si continua con quello su cui giace la parete posteriore del retto intestino. Dall' apertura anale poi si penetra nel retto intestino, il quale trovasi rinchiuso nella piccola pelvi e lungi dal tenere una retta via dopo essere sorto dalla sigmoidea del colon da sinistra piega a destra, e nello scendere s' incurva in avanti per modellarsi alla concavità del sacro e del coccige. Col suo estremo inferiore esso intestino nel dirigersi in basso si inclina all' indietro affine di

(1) Bassini. Osservazioni anatomiche sul perineo maschile.

congiungersi col profondo rientramento della cute perineale col quale vassi a formare l' apertura anale.

Nella regione dell' ano la fascia superficiale sparisce al di sopra dell' esterno sfintere, che è il primo ad osservarsi e sorge dalla punta del coccige, attornia l' ano ed anteriormente va a perdersi nel bulbo dell'uretra e nel muscolo bulbo cavernoso. L' esterno sfintere si mostra a strie trasversali è alto due centimetri grosso otto millimetri ed è composto di diversi strati. Il superiore forma un anello completo attorno l' apertura anale, l' inferiore più grosso consta di due fascetti laterali i quali hanno origine in parte dal rafe fibroso del perineo ed in parte si incrociano ripetutamente davanti e di dietro dell' ano e si immettono nel muscolo trasverso del perineo, e nel bulbo cavernoso, di più alcune fibre vanno a prendere inserzione nella cute ed altre incrociandosi confondonsi con quelle dell' elevatore dell' ano. Gli estremi posteriori dei fascetti, si riuniscono fra l'ano ed il coccige in un tendine piatto che si impianta sulla superficie posteriore della quarta vertebra del coccige stesso. Fra questo tendine e l'osso havvi una piccolissima glandola.

Lo sfintere interno poggia sull' esterno ed è costituito da un anello carnoso della spessezza di 6 o 7 millimetri il quale anello è diviso dallo sfintere esterno mediante tessuto connettivo grassoso ed è formato da fibre muscolari liscie od involontarie. Esso poi è in immediata continuazione collo strato muscolare interno o circolare dell' intestino retto, il quale strato verso l' ano va ognor più acquistando in grossezza, per cui qualche volta formasi così uno sfintere interno lungo e consistente. È ben fatto anco il notare che dall' interno del retto intestino superiormente alla distanza di 6 od 8 centimetri dall' ano si innalza obbliquamente dalla parte destra ed anteriore una duplicatura della mucosa della larghezza di 15 millimetri e conformata a falce. Contiene essa non raramente delle fibre musculari le quali anzi qualche volta formano uno strato musculare molto sviluppato che fu ritenuto un terzo sfintere. Per la presenza di questo sfintere rimanendo spesso trattenute in alto le feccie, si evita perciò non di rado la uscita involontaria di materie fecali, allorchè manca o non è sufficiente la funzione degli inferiori sfinteri dell' ano.

Collo sfintere interno poi si fondono due fascetti muscolari larghi quattro millimetri i quali partono dalla superficie anteriore del coccige e divergendo all' innanzi ed inferiormente abbracciano a guisa di forchetta l' estremo inferiore del retto. Essi fascetti ponno trarre verso

la punta del coccige, lo stesso estremo inferiore del retto, quando nella defecazione sia stato spinto in basso.

La regione perineale posteriore è specialmente occupata dai muscoli elevatori dell'ano, i quali però, come facemmo notare, si estendono anche all' anteriore, giacchè alcune delle loro fibre vanno ad impiantarsi ai lati della sinfisi pubiana e lungo un cordone che da essa sinfisi termina nell' apofisi spinosa dell' ischio. Questi muscoli larghi e sottili convergendo vanno a chiudere l' apertura inferiore del bacino, e in un cogli ischio-coccigei, che trovansi fra essi elevatori ed i piramidali, formasi una specie di diaframma capace di opporre una muscolare resistenza alle forze prementi dei muscoli addominali e del muscolo frenico, il quale diaframma è poi reso anche più forte da due aponeurosi, e lascia scorgere l'anale apertura.

Il retto intestino, adunque al di sotto del mesoretto, è posteriormente in relazione col sacro e col coccige non che coi muscoli elevatori dell' ano e con tessuto cellulo-pinguedinoso che si continua con quello che ne occupa i lati. La porzione poi ultima dello stesso retto intestino trovasi in mezzo ai muscoli perineali posteriori ed anteriori, ed è circondata dagli sfinteri anali.

I vasi infine che denno richiamare particolare attenzione sono in ispecial modo le arterie emorroidali inferiori, la branca superficiale della pudenda interna, la trasversale, le emorroidali medie, l'emorroidale superiore. Fra le vene devonsi singolarmente ricordare i plessi emorroidari ossia le vene emorroidarie interne, minime radici della vena porta le quali ricevono alcuni ramoscelli perpendicolari che nascono dalla membrana mucosa dell' intestino a livello del margine inferiore dello sfintere interno. Quei ramoscelli anastomizzano con altri che le vene emorroidarie medie ed inferiori mandano in alto sul contorno dell' ano fino al margine superiore dello sfintere esterno. Nel breve tragitto di questi piccoli rami e nei plessi medesimi notansi anche nei soggetti giovani alcune dilatazioni circoscritte, talvolta multiple, aventi la grandezza di un seme di miglio o di una lenticchia. Dai plessi delle vene sottomucose hanno origine molte diramazioni le quali ascendono e più o meno obliquamente attraversano in varî punti ed a diversa altezza la tonaca musculare del tratto superiore del retto (1).

---

(1) Loreta. La patogenesi delle emorroidi e i suoi rapporti colla Clinica Chirurgica. Memorie dell' Accademie delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1877.

Mentre la breve esposizione anatomica della topografia del perineo e del retto intestino da me fatta, dà facile ragione delle emorragie e dei pericoli che ponno incontrarsi anche asportando la porzione più bassa del retto intestino, rende poi vieppiù patente che scogli e rischi tanto più gravi dovranno incontrarsi qualora debba portarsi il tagliente a maggiore altezza quand' anche si prescelga, come d'ordinario, il processo di Lisfranc, giacchè pure in cotal guisa il campo dell'operazione rimane in gran parte coperto.

Ma la stessa esposizione anatomica parmi invece valga a confermare quanto profitto possa ricavarsi dal perineo posteriore per mettere a nudo l'intestino retto e con ogni libertà dominarlo e reciderlo, e lo si possa fare attraverso una via facile ampia e spaziosa.

Incidendo diffatti longitudinalmente a tutta spessezza dal coccige o dai suoi margini fin verso l'ano i molli tessuti che esso posteriore perineo compongono si può giugnere così senza tema al tessuto cellulo-pinguedinoso su cui giace il retto intestino, dal quale col dito posteriormente ed ai lati con agevolezza potendo essere isolato fin verso il suo estremo inferiore, riescirà facile allora il rendere anche questo tratto del tutto libero dai suoi attacchi mediante una seconda incisione, che dipartendosi dal punto estremo di quella già effettuata, giri attorno l' anale apertura e vada a terminare nel punto istesso in cui venne incominciata.

In cotal guisa ne risulteranno due grandi lembi triangolari aventi l'apice al coccige e la loro base attorno l'anale apertura, che staccati ed arrovesciati all' esterno lascieranno largo campo al chirurgo di dominare nel modo maggiormente desiderabile la cavità pelviana ed il morboso intestino, di isolarlo del tutto anche anteriormente e reciderlo con pari sicurezza all'intorno sul sano ed a considerevole altezza.

E ciò potrà compiersi senza la tema di ledere l'uretra, la prostata, e la falda peritoneale in quei casi in cui anche pel volume assunto dalle pareti dell' intestino si è costretti di accostarvisi, e potrà pure permettere di valersi con speditezza di quei mezzi emostatici che meglio possono prestarsi ad impedire copiose emorragie derivanti anche dai vasi più reconditi.

Fra i quali compensi diretti ad arrestare il sangue stimai poi avrebbe potuto rendersi acconcio, almeno in alcuni momenti dell'operazione, il termo-cauterio del Paquelin, fatta specialmente considerazione che in diverse altre chirurgiche operazioni mi avea già data buona prova della sua virtù emostatica.

Volendo però conoscere in modo evidente quale apprezzamento potea accordarsi al processo operatorio, compiuto che fosse colle norme anzidette, conveniva esperimentarlo, e ciò di vero venne da me fatto e col più felice successo in un caso senza dubbio gravissimo, che ora qui mi piace lo esporre.

Ambrogio Ramponi d'anni 54, trafficante, nato a S. Giacomo Lorenzano, domiciliato a Persiceto entrò nello Spedale Maggiore il 4 Agosto di quest'anno 1877. Il padre di lui era morto per lenta malattia pulmonare, la madre per morbo acuto addominale. Nel corso di sua vita non fu egli soggetto a infermità di rilevanza. Nell'Aprile dell'anno corrente cominciò ad avvertire quando sentiva il bisogno di defecare un bruciore molesto ai contorni dell'ano che aumentava nell'atto che le feccie passavano, le quali alcune volte mostravansi tinte di sangue; e quando erano alquanto dure escivano un po' più sottili dell' ordinario. Al bruciore dopo non molto sussegui un dolore sordo poi vivo che però da principio insorgeva allorchè doveva soddisfare al bisogno corporale della defecazione, ma in seguito fecesi spontaneo pressochè continuo di preferenza notturno e tal volta accompagnato a sensazione di punture o fitte in esso intestino. Crebbe di pari passo la difficoltà della emissione delle feccie e il bisogno più frequente di evacuarle, anzi talora non vi riesciva ad onta di notevoli sforzi, od erano poche molli, sottili, schiacciate, insanguinate. La difficoltà giunse a tal segno da farlo per l'acerbità del dolore perfino svenire. Verso la metà del Luglio, pressocchè ad ogni ora sentiva il bisogno di recarsi al cesso ma quasi sempre infruttuosamente. In questo stato e niun mezzo valendo a lenire le sofferenze dell'infermo si ebbe ricorso ad un distinto chirurgo consulente il quale temendo si trattasse di una neoplasia cancerosa si limitò, per togliere la stenosi da cui era compreso l'intestino, ad incidere posteriormente l'anale apertura, ma non ebbe appena diviso lo sfintere che ne sussegui una emorragia così copiosa da dovere tosto ricorrere al tampone per frenarla, e che con molta pena fu da lui sopportato.

Esaminato da me l'infermo trovai l'apertura anale discretamente ampia, in causa della incisione che vi era stata fatta, e lorda di un umore sanguinolento. Tasteggiando il contorno dell'ano sentivasi sotto la cute un assai duro e bernoccoluto cercine della grossezza di due centimetri circa che tutto in giro lo occupava. Insinuato con molto stento il dito indice nel retto intestino, e con vivissimo dolore dell'infermo

in causa della estrema angustia del canale rettale e della rilevante grossezza e consistenza delle sue pareti, rilevavasi che il morboso prodotto estendevasi in alto in modo da giugnere appena colla punta di esso dito ad attraversare con isforzo il tenace e piccolissimo cercine che corrispondeva al limite del male. Il lungo tratto di intestino fortemente indurito era a preferenza ingrossato nella sua parete anteriore colla quale accostavasi o tendeva porsi a contatto col bulbo dell'uretra in modo da fare pressocchè sparire i tessuti che fra esso intestino e dessa uretra si frapponevano. Il dito poi estratto che fu dall'ano videsi asperso di sangue.

Così essendo le cose, se facile non riesciva lo stabilire con sicurezza la vera natura di quella neoplasia, conveniva però ammettere che quand'anche fosse costituita puramente da tessuto fibroso, in causa di essere cotanto estesa, ed a motivo della somma durezza, grossezza assunta tutto allo intorno dalle intestinali pareti, e per la quale il corrispondente canale intestinale erasi ridotto a piccolissime dimensioni, il mezzo più sicuro per liberare l'infermo stabilmente dai tanti strazi, che lo opprimevano, non poteva consistere che nella estirpazione di tutto il tratto di intestino ingrossato indurito e stenotico. E di vero la dilatazione graduale praticata con delle torunde o delle siringhe era già riescita infruttuosa ed insopportabile, ed una longitudinale incisione comprendente a tutta spessezza la parete intestinale eseguita per rendere meno difficile il passaggio delle feccie, quand' anche praticata fosse collo schiacciatore di Cassaignac o col filo Galvanico oltrecchè non avrebbe tolto il male che invadeva tutto allo intorno l' intestino, lasciava luogo con tutta ragione a credere che l' angustia del canale ben presto si sarebbe rinovata, ed inoltre essa incisione avrebbe potuto dar luogo a temibile emorragia fatta in ispecial modo considerazione alla vascolarità di quel morboso prodotto resa patente dalla copiosa perdita di sangue effettuatasi per il solo sbrigliamento dell'anale apertura. D' altronde se convenire non potea lo agire in questo ultimo modo su quell' intestino, non sembravami del pari conveniente lo aprire uno scarico alle feccie, che omai ad onta di penosissimi sforzi non potevasi più effettuare, mediante la colotomia lombare, in simili casi proposta dall' Amussat e di recente molto preconizzata dall' Allingham, colla quale oltre lo esporre l' infermo a pericoli e ad incomodi gravissimi, oltre il creare uno schifoso ano contro natura, niun benefizio sarebbesi ottenuto pel male che ognor più aggravava le morbose condizioni del retto intestino.

D' altra parte era pure evidente, che qualora per estirpare tutto il tratto di intestino malato si fosse ricorso al processo di Lisfranc, che come dissi fu ritenuto il migliore, in causa delle dimensioni assunte dal prodotto morboso e dello estendersi il medesimo cotanto allo innanzi nel perineo si sarebbe incontrato il pericolo di ledere il bulbo ed il canale uretrale nell' atto in cui sarebbesi isolata la parete anteriore di esso intestino. Oltre di che poteva pure accadere che sfuggisse al coltello qualche porzioncella recondita del neoplasma, in causa di non poterla colla vista discernere attesa l' altezza cui il medesimo giungeva, e che l' emorragia si mostrasse copiosa e difficilmente dominabile, fatta pur anco considerazione alla copia dei vasi di cui esso neoplasma dovea essere fornito e resa patente per l' assai notevole perdita di sangue susseguita alla semplice incisione praticata nel margine anale.

Non volendo adunque espormi a tanti pericoli diedi corso al processo operatorio che avea meditato, il quale nel giorno 7 Agosto venne nel seguente modo compiuto.

Collocato l' infermo in un letto sul fianco sinistro colla coscia di quel medesimo lato distesa e colla destra fortemente flessa sul ventre, fatte scostare le natiche in corrispondenza del solco da esse formato nel perineo posteriore, mediante un bistorino panciuto eseguimmo una incisione che partendo a sinistra del coccige si estendeva lungo il rafe verso l' ano fino al limite della morbosa durezza. In questa incisione essendo rimasti compresi il derma il sottoposto tessuto cellulare i muscoli elevatori dell' ano, ben presto potè giungersi al tessuto cellulo-grassoso che circondava posteriormente ed ai lati in tutto quel tratto l' intestino, il quale venne tosto da esso tessuto isolato col dito. Ciò ottenuto pel timore di incontrare grave emorragia continuando a valersi del bistorino per distaccare allo intorno l' intestino nella sua regione anale approfittammo del termo-cauterio del Paquelin, e reso incandescente il coltello, col medesimo si praticò una incisione che dipartendosi dal punto in cui avea avuto termine la incisione longitudinale antecedentemente fatta nella regione perineale posteriore, girava attorno all' ano ed andava a terminare nel punto ove fu incominciata, nel qual modo l' intestino venne del tutto in basso isolato. Si noti però che nel fare questa incisione circolare si ebbe particolare avvertenza di conservare quella porzione di esterno sfintere che mantenevasi sana, e non si omise, giunti che si fu verso il perineo anteriore, di usare

ogni circospezione per togliere del tutto il morboso prodotto che nel medesimo profondamente si internava, e ad onta di ciò non si ebbe perdita alcuna di sangue e il bulbo dell' uretra rimase illeso. Fatto questo poteronsi largamente scostare i due estesi lembi triangolari che risultarono dalle pregresse incisioni, ed aventi il loro apice al coccige la base al perineo, per cui scoperto ampiamente rimanendo il campo della operazione e con agevolezza potendo dominare l'escavazione pelviana, si abbrancò allora colle pinzette uncinate l'inferiore porzione di intestino di già staccata, e trattala fuori posteriormente ed in alto attraverso l'ampia apertura offerta dai due divaricati grandi lembi, potè per tal modo essere posta sotto occhio la faccia anteriore dell' intestino, ove era ancora aderente, e così potè la medesima esser staccata mediante ben diretti colpi di forbice con tutta sicurezza, integra rimanendo l'adiacente uretra e la prostata, le quali invece in questo tempo dell' operazione avrebbero potuto soffrire grave danno ogniqualvolta per effettuare quel distacco si fosse data la preferenza al termo-cauterio. Sebbene in cotale guisa, procedendo nella operazione non si avesse che mite perdita di sangue, tuttavia prima di troncare del tutto l'intestino retto in alto, potendo liberamente agire nella escavazione pelviana, si allacciarono alcuni vasellini sanguinanti e rimasti troncati dalle forbici. Anzi siccome sentivansi fortemente pulsare alcune arterie in corrispondenza alla porzione di intestino che conveniva molto in alto recidere pel timore che anco staccandola col termo-cauterio l'emorragia del tutto non si evitasse, e ciò potesse in qualche modo dare disturbo, deliberai pure in questo infermo, di stringere in antecedenza mediante legature separate le due metà della circonferenza di esso intestino, ove il medesimo fuori di ogni dubbio sentivasi integro. A tal fine introdotto forzatamente il dito indice nell'angustissimo canale dell'intestino istesso ed insinuatolo in alto in modo da oltrepassare coll' apice di esso dito il superiore cercine stenotico, e da giugnere così entro l'interna normale cavità intestinale , quivi l' intestino venne nel suo mezzo attraversato da un ago munito di apposito cordoncino doppio, i cui rispettivi capi furono separatamente stretti ed annodati attorno la corrispondente semicirconferenza intestinale un buon centimetro al di sopra del tessuto morboso. Pel timore però che in seguito rallentandosi le allacciature potesse corrersi il pericolo di qualche perdita sanguigna, al di sotto di esse legature sul tratto sano, troncai l' intestino istesso mediante il coltello arroventato. Ne risultò allora una vasta ca-

vità, che per essersi i tessuti incisi retratti, comprendeva in gran parte l'escavazione della pelvi la quale cavità, quantunque nella sua interna superficie fosse estesamente cauterizzata, tuttavia non impedì che poco dopo cominciasse da alcuni punti a gemere in qualche copia il sangue e con insistenza; ma fortunatamente in questo caso pel processo operatorio da me eseguito potendo con libertà dominare anche i vasi più reconditi che sanguinavano, con nuove allacciature e cauterizzazioni esso cessò di colare.

Prima di compiere la medicatura volli misurare le dimensioni dell' ampia e profonda cavità che risultò dalla eseguita operazione, e furono queste. Dal margine sinistro del coccige ove avea avuto incominciamento l'esterna incisione fino al rafe superstite nel perineo anteriore correvano centimetri 17 e 5 millimetri, da quest' ultimo punto al moncone intestinale 10 centimentri, dalla estremità del coccige verso il pube 7 centimetri.

La medicatura consistette nel tamponare quel cavo con delle fila imbevute nell' acqua del Pagliari per garantirsi sempre più dal pericolo di un nuovo spandimento di sangue, nel mantenere accostati i bordi della ferita corrispondente al perineo posteriore e nel sovrapporvi altre fila e delle pezze sostenute da conveniente fasciatura.

In quel dì convenne siringare l'operato perchè non potea urinare spontaneamente, ma nel giorno appresso le urine vennero emesse senza difficoltà. Nella sera del 9 Agosto fu tolto il tampone, la cavità che erasi formata in seguito della operazione si manteneva ampia, l'interna superficie vedevasi nerastra in causa specialmente della sofferta ustione. Si applicarono fila imbevute nell' acqua semplice.

Nell'undecima giornata cominciarono a staccarsi estesi strati di tessuti mortificati, nella quattordicesima caddero i lacci che stringevano le due semicirconferenze del moncone intestinale senza inconveniente alcuno, al 19 giorno la piaga era in gran parte detersa ed il moncone intestinale, in causa dei suoi cedevoli attacchi non trovando nell'aperto perineo quella resistenza che gli avrebbe opposta qualora non fosse stato largamente inciso, cominciò per questo a mostrare tendenza a discendere ed a portarsi in basso verso la sede dell'ano.

E dopo ciò il tessuto di granulazione essendosi formato su tutta la superficie piagata ed avendo contratta unione coi contorni del moncone intestinale e coll' esterno orlo cutaneo della cavità suppurante, cominciò a ridursi ed a restringersi in modo da rendere notabilmente

più angusta la stessa suppurante cavità e da trarre in pari tempo ognor più in basso l'intestinale moncone e dirigerlo viemeglio verso il punto in cui dovea formarsi la nuova anale apertura.

Mentre poi ciò accadeva potemmo notare che l'infermo non solo cominciava ad avvertire il bisogno di evacuare le feccie ma ben anco riesciva alcun poco a trattenerle, per cui sperammo che, come in altri casi, in lui pure le fibre muscolari del moncone intestinale cominciassero già a disporsi in guisa da costituire una specie di interno sfintere.

Giunto però che fu l'intestino a quel punto parve vi si arrestasse, ma io non me ne rammaricai, giacchè mi era ben presente che nella prima donna di cui superiormente diedi un cenno di storia, e nella quale pure asportai molto estesa porzione di retto intestino, il risultato finale della operazione riescì quanto mai poteasi desiderare soddisfacente, imperocchè in essa lei la porzione intestinale deficiente col compiersi della cicatrice, venne rimpiazzata da un canale dalla medesima formato la cui interna superficie avea l'aspetto di una membrana mucosa accidentale. Per altro nel mio operato non ottenni appieno altrettanto, invece la cute perineale mostrò tendenza a rientrare in modo da spingersi così in alto da potere poi riescire a congiungersi col moncone intestinale affine di originare così l'anale apertura, motivo per cui vedesi in modo rilevante profonda. E giacchè nell' atto della operazione venne conservata, come feci notare, una porzione di esterno sfintere sano, anche per questo io credo l'incontinenza delle feccie nel nostro infermo del tutto manca, e le medesime vengono da esso lui emesse in modo normale.

Non ometterò poi di rendere avvertiti che affine di prevenire in lui pure un eccessivo restringimento della nuova formatasi anale apertura si continua ad intromettervi un grosso stuello di fila che verrà poi sostituito per un certo tempo da un conveniente cilindro di gomma elastica.

Finalmente parmi ora cosa utile ed interessante lo esporre il risultato dell'esame anatomico fatto del morboso intestino.

Collocato il pezzo patologico in un vaso di cristallo contenente alcool venne allo indicato fine trasmesso al laboratorio di Anatomia Patologica di questa Università acciocchè fosse consegnato al Direttore Professore Cesare Taruffi, il quale però non potè occuparsene che sui primi dello scorso Ottobre, e quando il volume del tumore per la sua lunga permanenza nell' alcool era notevolmente diminuito. In allora presentava i seguenti caratteri macroscopici.

L'intestino avea la forma di un tumore ovalare era molto consistente ed offriva il volume d'un grosso ovo di tacchina misurando 6 centimetri nel maggiore diametro e 5 centimetri nel minore. La sua superficie esterna era irregolare con solchi più o meno profondi e prominenze di diversa elevatezza, il colorito era giallastro con chiazze quà e là nerognole e dipendenti dalle praticate ustioni. Alle due estremità del maggiore diametro si osservava una corrispondente apertura di cui l'inferiore era quella dell'ano, la superiore angustissima era in diretta relazione colla porzione sana dell'intestino retto troncato. Incisa longitudinalmente la parete anteriore del tumore in modo da giugnere a dividere anche l'interna membrana mucosa ed a penetrare nel superstite canale intestinale la superficie del taglio appariva di diversi colori, giacchè allo esterno era giallastra, nella parte media avea l'aspetto lardaceo, ed in corrispondenza alla mucosa membrana diveniva rossigna. Questa poi mostrava delle pieghe corrispondenti all'orifizio dell'ano, e subito al disopra della anale apertura eravi un seno delle dimensioni di una mezza noce, con superficie granulosa e con alcune vegetazioni polipose al suo interno. Nel restante tratto d'intestino fino all'apertura opposta il canale si faceva così angusto da potere appena contenere un cannello della grossezza di una penna da scrivere, in questo tratto poi l'anteriore parete intestinale avea uno spessore di tre centimetri nel rimanente della circonferenza di esso intestino la parete misurava dai 15 ai 20 millimetri.

Praticati dei piccoli tagli nella parete istessa si osservava, con un ingrandimento di 300 diametri, che oltre i polipi suddetti la mucosa ne offriva molti altri più piccoli ed assai vascolarizzati, che il tessuto connettivo sottomucoso era molto ingrossato indurito ed infiltrato di cellule linfoidi mentre i fasci muscolari che faceano parte del medesimo erano divaricati da cellule grassose. Lo sfintere interno non appariva alterato, soltanto in qualche punto abbondava il connettivo interstiziale. I fasci muscolari circolari erano quasi distrutti per sostituzione grassosa; mentre i fasci longitudinali esterni si mostravano abbastanza conservati. Anche il tessuto connettivo circostante era molto ingrossato e ricco di vasi i quali aveano le loro pareti ispessite specialmente gli arteriosi.

Da tutto ciò ne risultava che quella neoplasia intestinale doveasi ritenere costituita da cospicua ipertrofia fibrosa, occupante cioè profondamente e in tutta la sua estensione quel tratto di retto intestino, ed in modo da ridurre il corrispondente canale a dimensioni angustissime.

Ma mentre il neoplasma da cui in maniera sì vasta e profonda era compreso esso intestino ed i patimenti e gli strazi che ne derivavano giustificarono l'operazione, arrecò poi grande conforto il pensare, che esclusa in quel morboso prodotto l'indole rea che pur si era temuta, rimaneva perciò allontanato il pericolo di recidiva per la quale poi, se si fosse avverata, il misero infermo, sarebbe stato inesorabilmente condannato a perire di una morte stentata e sopra ogni dire dolorosa e crudele.